



Capítulo 4.

Deteccción de la violencia sexual en los servicios de salud

Contenido

-4.1 La Detección de casos de violencia sexual	147
¹ --- 4.1.1 Signos, síntomas y factores de riesgo que deben alertar la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual	148
4.2 Elementos específicos para la detección de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes-NNA	151
-■ Condiciones en las cuales se puede establecer con certeza la violencia sexual	153
Condiciones en las que hay posibilidad de violencia sexual	153
Comportamientos sexuales de niños y niñas que no se presentan usualmente en el desarrollo que pueden alertar la probabilidad de 154 violencia o abuso sexual	
Otros comportamientos a tener en cuenta para sospechar abuso sexual	154
4.2.1 Otras consideraciones sobre la detección de casos de violencia sexual en niños y niñas y adolescentes	156
• 4.3 Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral	157
4.4 Consideraciones sobre la detección de casos en adultos	158
— 4.4.1 Violencia sexual contra la mujer	158
— 4.4.2 Violencia sexual al interior de la pareja	159
— 4.4.3 Violencia sexual contra los hombres	159
Anexo 2. Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral	161

Capítulo 4. Detección de la violencia sexual en los servicios de salud

En este capítulo se abordará la detección de la violencia sexual de aquellos casos en que ya se ha producido, y en los que la víctima de violencia sexual acude a los servicios de salud en cualquiera de los niveles de atención del SGSSS. Existen al menos tres (3) formas en las que el sector salud tiene conocimiento de eventos de violencia sexual:

- Cuando la víctima asiste al servicio de salud teniendo como motivo de consulta la situación de violencia sexual.^{2,153}
- Cuando la persona ha sido remitida por otra institución (que ya ha hecho la detección del caso de violencia sexual), con el fin que la institución de salud dé inicio al protocolo de atención en salud para víctimas de violencia sexual.¹⁵⁴
- Cuando la sospecha de la violencia sexual (Abuso, asalto o cualquier otra modalidad) surge de la sensibilidad y la mirada entrenada del profesional de salud quien detecta signos y síntomas relacionados con la violencia sexual que originan la sospecha y su diagnóstico.

A continuación, se desarrollan elementos que los profesionales de la salud deben conocer para buscar e identificar en sus consultantes, casos de violencia sexual que hayan ocurrido o se presenten actualmente y en los que aún no se haya hecho la revelación de la situación de violencia ni se hayan iniciado los procesos de atención en salud.

4.1 La Detección de casos de violencia sexual

Debido a la alta prevalencia de la violencia sexual es posible detectar casos en cualquier consulta o programa de salud. Con un especial énfasis en aquellos que atienden a población con mayor riesgo como los niños, las niñas, las y los adolescentes y las mujeres, así como también personas con discapacidad, grupos étnicos, población LGBTI, personas víctimas de violencia social y política, incluyendo a las víctimas de desplazamiento forzado por CAIN, y personas que habitan o han habitado en la calle.

Los profesionales de la salud tendrán que estar atentos a la presencia de síntomas, signos, indicios físicos, emocionales, comportamentales o condiciones particulares que lo orienten para detectar y tratar lo más tempranamente posible los distintos tipos de

■
152 La revelación directa de la persona que ha sufrido la situación de violencia sexual es más frecuente entre personas adultas y víctimas de asaltos sexuales. Sin embargo, niños, niñas, y personas adultas pueden buscar ayuda u orientación en el personal de salud sin recurrir a una revelación directa de su victimización sexual, quien debe estar atento y creer lo que la persona está diciendo. No le corresponde al personal de salud establecer si él o la sobreviviente está diciendo la verdad. Independientemente de esta consideración se deben activar todos los procesos y procedimientos necesarios para la atención y consignar el relato en la historia clínica.

153 En este caso se deberá iniciar inmediatamente el protocolo de atención (capítulo 5).

154 Idem.

violencia sexual, y tener claridad sobre cuándo la violencia sexual es evidente, cuándo es altamente sugestiva, cuándo existe la sospecha, y cuándo incluso puede llegar a descartarse.

La detección de la violencia sexual realizada por el personal de salud puede ser la primera y única oportunidad de recibir ayuda que tengan las víctimas de violencia sexual. Es de vital importancia que este personal se encuentre sensibilizado y capacitado sobre el proceso integral de atención que incluye un adecuado y oportuno proceso de detección.

Como se planteó en los capítulos anteriores la vulnerabilidad ante las situaciones de violencia sexual es mayor cuando se es niño, niña, adolescente¹ y mujer o persona que se identifica como gay, lesbiana, bisexual, transexual o intersexual; además, se incrementa esta vulnerabilidad en las personas con discapacidad, en situación de desplazamiento, en víctimas del conflicto armado, incluyendo víctimas del reclutamiento forzado, en personas privadas de la libertad dentro de institución penitenciaria, personas dedicadas al trabajo sexual, habitantes o con antecedente de haber habitado la calle, habitantes rurales de zonas sometidas a CAIN, y personas pertenecientes a determinados grupos étnicos, tales como indígenas y afrodescendientes.

Cuando los prestadores de servicios de salud trabajan con personas, familias y comunidades con estas características es preciso que incrementen su sensibilidad y desarrollen acciones que faciliten la identificación de factores y situaciones de riesgo, el desarrollo de acciones de promoción y prevención, y por otro lado, la identificación de casos sospechosos. Esta identificación puede ocurrir en cualquier momento que la persona entre en contacto con cualquiera de los programas y servicios en salud.

Es importante resaltar que existen síntomas, signos o patologías para establecer diagnósticos de violencia sexual, otros para sospechar la situación de violencia y otras que podrían tener múltiples causas diferentes a la situación de violencia. Todas ellas deben ser analizadas cuidadosamente para poder realizar una atención adecuada e integral centrada en los derechos y necesidades de cada paciente.

4.1.1 Signos, síntomas y factores de riesgo que deben alertar la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual

A continuación se plantean signos, síntomas y condiciones que han sido identificados como factores de riesgo y vulnerabilidad frente a las violencias sexuales. La identificación de estos factores debe generar en el sector salud acciones de prevención en la población y seguimiento activo de ellos para detectar posibles eventos de violencia sexual y el inicio de acciones de salud, protección y acceso a la justicia.

¹⁵⁵De acuerdo con los datos del Forensis 2009 el 85% de los informes periciales son realizados a menores de 18 años, principalmente en los grupos de 10 a 14 años y de 5 a 10 años, y el 85% de todos estos le ocurren a niñas y adolescentes mujeres.

Tabla 10. Signos, síntomas y factores de riesgo de situaciones de violencia sexual

Niños o niñas:

156
15

- a. Conductas sexuales que no son habituales para la edad y nivel de desarrollo del NNA.
- b. Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.
- c. Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana.
- d. Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.
- e. Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y no judicializados.
- f. Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente.
- g. Quienes conviven con personas que tienen dependencia o abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.
- h. Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes.
 - i. Conducta suicida.
 - j. Síntomas depresivos, de comportamiento, de ansiedad, o de alteración del sueño.
 - k. Dificultades en el aprendizaje o en el proceso de adaptación y rendimiento escolar.
- l. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado. m. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

Adolescentes:

- a. Embarazos tempranos (menor de 14 años)
- b. Conducta suicida.
- c. Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual.
- d. Comportamiento bulímico.
- e. Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
- f. Síntomas depresivos, de comportamiento, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- g. Aislados y con escasa red de soporte social.
- h. Bajo rendimiento escolar.
 - i. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado. j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia). k. Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja. l. Desconocimiento de los DSR. m. Con poca red de apoyo social y familiar.
- n. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

Mujeres

- a. Síntomas depresivos, ansiedad, alteración del sueño, o disfunciones sexuales.
- b. Evidencia de otras formas de VBG contra las mujeres o sufridas durante la infancia.
- c. Dolor pélvico crónico sin causa aparente.
- d. Con dependencia económica de su pareja.
- e. Aisladas y con escasa red de soporte social.
- f. Quienes ejercen la prostitución.

156Ver más adelante las expresiones específicas.

g. Quienes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol. **h.** Usuarías de servicios de control prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales. **i.** Quienes refieren antecedentes de abortos, o consultan por atención del aborto incompleto. **j.** Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc.) **k.** Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarros en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

Personas en condición de discapacidad:

- a.** Embarazo en menor de 14 años con algún tipo de discapacidad.
- b.** Embarazo en adolescente o adulta con limitación cognoscitiva o con enfermedad psiquiátrica.
- c.** Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal, c) menores de edad con cualquier tipo de limitación sensitiva, motora, física o cognitiva que manifiesten temor a la socialización con adultos.
- d.** Adultos que muestren situación de sobreprotección con menores con cualquier tipo de limitación y que teman dejar el menor a cargo de algún miembro específico de la familia o cercano al núcleo familiar.
- e.** Niño, niña o adolescente que manifieste rechazo a la evaluación por parte de profesionales de la salud.
- f.** Niño, niña, adolescente o adulto en condición de discapacidad con expresiones de hipersexualidad o por el contrario rechazo al contacto corporal afectivo.
- g.** Con intentos de suicidio y depresión de aparición súbita no relacionados con la cotidianidad alrededor de la situación de discapacidad.
- h.** Aquellas confinadas en hospitales mentales.

Personas en condición de desplazamiento forzado o habitantes civiles de zonas sometidas a efectos del conflicto armado interno nacional-CAIN:

- a.** Mujer, niña o adolescente sometida a falta de garantía de satisfacción de las necesidades básicas en zona receptora de desplazados, en zona sometida a confrontación armada o con presencia activa de cualquier actor armado.
- b.** Mujer de cualquier edad con cualquier motivo de consulta, en especial aquellos relacionados con violencia de cualquier índole.
- c.** Niña, adolescente o mujer embarazada.
- d.** Vivienda en condición de hacinamiento.
- e.** Ejercicio de prostitución en zona receptora de desplazados o dentro de zona con presencia de actores armados de cualquier tipo.
- f.** Personas LGBTI, niños, niñas y adolescentes con cualquier motivo de consulta.
- g.** Antecedentes de abortos, o solicitud de atención médica del aborto incompleto.
- h.** Embarazos no deseados.
 - i.** ITS/VIH
 - j.** Trabajo doméstico o precario.
- k.** Testigo de masacres o incursiones militares por parte de cualquier actor armado. **l.** Testigo de combates. **m.** Mujer, niña o adolescente que fue obligada a preparar alimentos o a realizar labores domésticas para cualquier actor armado dentro de una zona de combate. **n.** Persona de género femenino y de cualquier edad que ha habitado dentro de comunidades sometidas a confinamiento forzado. **o.** Síntomas depresivos, ansiedad, o alteración del sueño. **p.** Signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo.

Persona que se identifica como perteneciente LGBTI:

- a. Personas quienes son muy pobres y viven en condiciones de exclusión social.
- b. Quienes ejercen la prostitución.
- c. Quienes tienen problemas de abuso a sustancias psicoactivas o han tenido procesos de intoxicación aguda por SPA en condiciones no seguras.
- d. Personas viviendo en hoteles o piezas de pago diario.

Actores armados activos o excombatientes de cualquier fuerza.

- a. Niño, niña, adolescente, o mujer combatiente o excombatiente.
- b. Síntomas depresivos, ansiedad, o alteración del sueño.
- c. Mujeres embarazadas o con abortos.
- d. Conducta suicida.
- e. Anticoncepción con DIU o implantes de Levonorgestrel no deseados.

Persona privada de la libertad:

- a. Personas reconocidas e ingresadas como agresores sexuales.
- b. Que se identifica como perteneciente a la población LGBTI.
- c. Ingreso reciente a la prisión o privaciones prolongadas de la libertad.

Persona habitante o con antecedente haber habitado la calle Persona perteneciente a un grupo étnico indígena o afrodescendiente:

- a. Usos y costumbres que validan la violencia sexual^{1, 57}
- b. Participación de fiestas colectivas con altos niveles de alcoholización.
- c. Habitantes en zonas sometidas a efectos del CAIN, con presencia de cualquier tipo de actor armado.
- d. Embarazos tempranos (menor de 14 años).
- e. Quienes realizan trabajo doméstico particularmente niños, niñas y adolescentes.
- f. En situación de desplazamiento forzado o migración interna.
- g. Con signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo.

4.2 Elementos específicos para la detección de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes-NNA

ABUSO SEXUAL

ASALTO SEXUAL

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La mayoría de casos de asaltos sexuales contra los niños y las niñas se da al interior de los hogares, el victimario es un familiar o conocido de la familia. Con frecuencia la dinámica del abuso inicia mediante estrategias de seducción, sobornos o amenazas por parte del adulto, sin usar la fuerza física. El abusador mediante estas estrategias establece un vínculo con el niño o la niña creando un “secreto” con el cual el niño lo protege de la denuncia. El abuso sexual puede ser repetitivo y crónico y puede pasar mucho tiempo antes de que ocurra la identificación o revelación del evento.

Frente a los delitos relacionados con asaltos sexuales, en los que el ejercicio de la fuerza o la amenaza de usarla pone en especial situación de vulnerabilidad al NNA, la revelación aunque difícil ocurre con mayor frecuencia y en un tiempo menor, por lo

157Aquí se debe tener en cuenta el contexto específico pues en muchas culturas ya se es adulto/a a los 12 o 14 años. Se está haciendo referencia, por ejemplo, a que en algunas comunidades se puede considerar válida la iniciación sexual de las niñas por sus padres, o el uso de ellas como objeto de satisfacción sexual de los adultos, etc.

cual es más frecuente que estos casos lleguen a las instituciones teniendo como motivo de consulta la situación de violencia sexual.

Los casos de explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) tienen otra dinámica, siendo considerados abusos sexuales tienen por particularidad que convierten a los niños, niñas y adolescentes en un objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies, en las que muchas veces el menor no reconoce su victimización y la sociedad tampoco.

Un estudio de la Defensoría del Pueblo¹⁵⁸ encontró que en muchos casos los niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual justifican los abusos cometidos contra ellos porque también han actuado “mal” y se sienten culpables de su comportamiento, sin entender que no son ellos los responsables de su situación. Esto es aprovechado por quienes desean explotarlas/os y ultrajarlas/os en sus hogares, en el medio laboral o en las demás relaciones que las niñas, niños y adolescentes establecen con los demás.

Este estudio también encontró que los niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual son más vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas, suministrada por los proxenetas. Drogas que usan para sobrellevar su situación. De allí que al estar en contacto con una víctima de explotación sexual, sea mucho más difícil realizar el diagnóstico de la situación de violencia sexual, y se requiera poner en práctica mayores conocimientos y habilidades.

La mayoría de los dictámenes por violencia sexual que se hacen en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF tiene por víctimas a niños, niñas y adolescentes-NNA, especialmente entre los 5 y los 14 años.

Todo contacto sexual con una niña o niño menor de 14 años con o sin su consentimiento se considera abuso sexual, y el delito de explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes - ESCNNA se constituye en todo menor de 18 años.

Los acercamientos o exploraciones sexuales y coitales entre niños y niñas de su misma edad y desarrollo, de forma espontánea y sin presiones o manipulaciones no constituyen actos abusivos. Estos pueden sospecharse cuando la diferencia de edad entre ellos y ellas se encuentran entre tres a cinco años, y de acuerdo con la ley cuando un menor de 14 años tiene contacto sexual con un mayor de 14 años.

158Defensoría del Pueblo – UNICEF. Boletín “La Niñez y sus Derechos No. 5, 1998.

Tabla 11. Condiciones en las cuales se puede establecer con certeza, que es altamente probable y posible la violencia sexual

Condiciones en las cuales se puede establecer con certeza la violencia sexual

Desgarros del himen entre las 4 y las 8 de su cuadrante en el examen físico.
Documentación de semen en cualquier parte del cuerpo con o sin relato de violencia sexual.
Diagnóstico de sífilis, gonorrea o VIH habiéndose descartado la transmisión perinatal.
Cuando una persona vio la violencia sexual o existe un registro del acto.
Embarazo en menor de 14 años (cuando el compañero es mayor que ella entre 3-5 años o es mayor de 14 años).
Se da un relato de agresión o violencia sexual.
Se diagnostica infección por chlamydia o tricomoniasis.
Hay comportamientos muy sexualizados para su edad y nivel de desarrollo.
Embarazo precoz (niña menor de 14 años).
Sangrado vaginal traumático (importante hacer un diagnóstico diferencial con otros traumas).
Cuerpos extraños en ano o vagina (descartando exploración por el menor).
Sangrado en ano o vagina, descartando enfermedades orgánicas que las expliquen.
Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración que puede incluir: laceración aguda del himen, equimosis del himen, laceraciones perianales que se extienden desde el esfínter anal, ausencia de himen, himen cicatrizado, cicatriz de la fosa navicular o laceración, marcada e inmediata dilatación del ano (más de 2 cm) al poner al niño en posición rodilla pecho (ese hallazgo es compatible con violencia sexual si no existe una historia significativa de constipación, la ampolla rectal está vacía de heces o no existe déficit neurológico que lo explique). Signos de infecciones de transmisión sexual: flujo genital (existe un flujo no relacionado con maltrato en las niñas pequeñas, pero si es purulento debe pensarse en enfermedad de transmisión sexual) o uretral.

Condiciones en las que hay posibilidad de violencia sexual

Hay evidencias de otras formas de maltrato infantil.

Hay temor de estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana
Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.
La encopresis habiéndose descartado constipación funcional es sugestiva.
Infecciones urinarias a repetición sin una clara causa aparente.
Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y no judicializados.
Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente.
Quienes conviven con adultos que exhiben abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes.
Diagnóstico de condilomatosis en el área genito-anal.
Equimosis en paladar (el equipo de salud debe tener en cuenta el contexto y las edades en que los niños tienden a introducirse objetos en cavidad oral).

Comportamientos sexuales de niños y niñas que no se presentan usualmente en el desarrollo que pueden alertar la probabilidad de violencia o abuso sexual

Juegos con contenidos sexuales en niños y niñas menores de 5 años muy sugestivos de abuso: intenta tener coito, pone la boca en partes sexuales, hace sonidos sexuales, pide a otros hacer actos sexuales, coloca objetos en vagina y recto, pretende que los juguetes tengan sexo.

Juegos con contenidos sexuales en niños y niñas menores de 5 años sugestivos de abuso: masturbación con juguetes u objetos, tocamientos a otros niños en partes sexuales, tocamiento a partes sexuales de adultos, tocamientos a partes sexuales de animales, habla acerca de actos sexuales, habla coquetamente, desviste a otros niños(as).

Juegos o conductas sexuales en niños y niñas de edad escolar (6 a 12 años) muy sugestivos de abuso sexual: intenta tener coito, pone la boca en partes sexuales, toca partes sexuales de los adultos, toca partes sexuales de animales, coloca objetos en vagina y recto, desviste adultos contra su voluntad, pone la boca en los senos, pide a otros hacer actos sexuales, muestra sus partes sexuales a los adultos, besa a otros niños, incluyendo dentro de los besos el uso de la lengua.

Juegos o conductas sexuales en niños y niñas de edad escolar (6 a 12 años) sugestivos de abuso sexual: dibujar partes sexuales, masturbarse con objetos o juguetes, toca partes sexuales de otros niños(as) en público, frota su cuerpo contra otras personas, muestra sus partes sexuales a otros niños(as), besa a adultos que no conoce bien.

Preocupación excesiva por temas sexuales en niños y niñas menores de 10 años.

Masturbación excesiva en niños y niñas menores de 10 años. Considerar situaciones de tipo inflamatorio e infeccioso que pueden inducir rascado en genitales, y estos pueden llegar a producir pequeñas lesiones.

En preadolescentes de 10 a 12 años, aquellos que se tocan sus partes sexuales en público.

Temor a los adultos(as), rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras con las cuales existe un vínculo cercano. Considerar el contexto, pues este comportamiento se hace relevante cuando se trata de un cambio de conducta inesperado; por ejemplo, cuando tenían una relación armónica con alguien y de pronto lo rechazan o no quieren volver a visitar a esa persona, sin explicación lógica aparente. Intento de suicidio en adolescente, gestante o no. En adolescentes, expresiones de conducta sexual inusuales para la edad.

Todo niño-niña con evidencia de lesiones sugestivas de violencia sexual, presencia de fluidos seminales, diagnóstico de sífilis, gonorrea o VIH (descartando transmisión perinatal), con evidentes expresiones de actividad sexual y con relato por parte del niño o testigos de violencia sexual, debe clasificarse como ABUSO SEXUAL.

El equipo interdisciplinario responsable del tema en la institución debe evaluar la sospecha dentro de las primeras 24 horas. Su responsabilidad incluye buscar otras causas, además de la violencia sexual para esos signos, síntomas o diagnósticos. El relato de los niños mayores de tres años es la principal herramienta para establecer el abuso sexual. Si se confirmase ese diagnóstico debe manejarse de acuerdo con el protocolo de violencia sexual.

En cuanto a la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNA), se han descrito los siguientes signos de sospecha, que han de ser evaluados contextualmente para que sea otorgado el debido valor dentro del proceso de detección de posibles víctimas; la presencia de uno o más de los indicadores que serán expuestos NO garantiza la presencia ESCNA, por lo cual ante cada caso se debe usar el juicio clínico y efectuar una valoración integral individualizada.¹⁵⁹

Tabla 12. Signos de sospecha de explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes ESCNA desde el sector salud

Signos de sospecha de ESCNA desde el sector salud

- 1. Arreglo personal inusual para su edad y condición:** ropa notablemente justa al cuerpo, corta o transparente; ropa usualmente utilizada para fiestas o eventos nocturnos y poco adecuada para uso diario; maquillaje excesivo; ropa costosa y de difícil acceso dada su condición económica.
- 2. Muestra temor excesivo al brindar información personal:** oculta información sobre sus actividades o domicilio.
- 3. Vive en una casa de huéspedes, hotel u otro lugar inusual para su edad y condición.**
- 4. Se refiere a actividades como modelaje, o sesiones fotográficas inusuales para su edad y condición.**
- 5. Tiene actitudes que parecen muy adultas para su edad.**
- 6. No mantiene vínculos familiares, está solo o acompañado de algún adulto con quien mantiene una relación difícil de explicar.**
- 7. Terceras personas (vecinos-as, familiares, amigos-as, maestras-os, etc) aportan información sobre una posible ESCNA.**
- 8. En el examen físico:** existen huellas corporales de abuso sexual o de actividad sexual inusual para su edad y condición (tal como se ha explicitado en cuadros anteriores); muestra golpes o moretones que pudieran indicar que ha sido golpeado por los explotadores.
- 9. Ha pasado largos períodos en la calle o en otros lugares públicos.**
- 10. Es una persona NNA transexual o intersexual que vive en situación de estigmatización y precariedad.**
- 11. Es una NNA habitante de una zona fuertemente controlada por actores armados, o ha sido desplazada-o por la violencia, y vive en situación de precariedad e insatisfacción de sus necesidades básicas.**

Fuente: Adaptado a partir de la Fuente: Oficina para México y Cuba de la Organización Internacional del Trabajo (2005).

159 Oficina para México y Cuba de la Organización Internacional del Trabajo – OIT – (2005) “Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial”. México Distrito Federal. OIT. 33 p.

4.2.1 Otras consideraciones sobre la detección de casos de violencia sexual en niños y niñas y adolescentes¹⁶⁰

Los clínicos tienen la responsabilidad de sospechar y detectar los posibles casos de violencia o abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, sin embargo, también deben saber que no todas las molestias o signos referidos al área anogenital, ni todos los síntomas de comportamiento, aunque se hayan asociado, significan violencia sexual.

Es dañino para los pacientes y sus familias establecer sin bases razonables la sospecha de abuso sexual. Por eso, en este apartado se describen algunos síntomas, signos, problemas de salud o comportamentales que se han asociado con la violencia sexual, pero que aisladamente y de acuerdo con las evidencias científicas tienen poco valor predictivo para sospecharla o diagnosticarla. En estos casos, los clínicos estarán en la obligación de descartar otras patologías antes que pensar en abuso sexual.

Signos o síntomas que pueden estar asociados a múltiples causas, además de la violencia sexual

En presencia de los siguientes signos y síntomas la posibilidad de que se esté frente a un caso de violencia sexual es baja por lo tanto, hay que buscar otras causas y analizar cada caso dentro de su contexto. Cuando se considera cada signo o síntoma de manera aislada es arriesgado pensar en violencia sexual. En estos casos, se buscan otros indicios basados en los elementos de detección y factores de riesgo señalados anteriormente. Una vez evaluado el caso en su contexto y ante el indicio de sospecha de abuso sexual se debe iniciar el proceso de atención integral en salud.

Tabla 13. Signos o síntomas físicos que pueden estar asociados a múltiples causas, además de la violencia sexual

Signos de sospecha de ESCNNA desde el sector salud

Vulvovaginitis a repetición. La primera causa de vulvovaginitis a repetición en la edad pediátrica es la vulvovaginitis inespecífica y se asocia con infecciones por gran negativo y con problemas en el aseo, la higiene genital o con variantes anatómicas. Se insiste en que la asociación de vulvovaginitis con abuso o violencia sexual, de manera aislada, es muy baja.

Dificultad para caminar o sentarse. En estos casos hay que iniciar buscando otras causas como trauma o vulvovaginitis.

Sangrado en boca. Iniciar buscando otras causas como trauma o enfermedades periodontales.

Infecciones urinarias a repetición. Hay que investigar factores predisponentes como malformaciones anatómicas, reflujo vesico-uretral o mala higiene.

Enuresis. Interrogar si es primaria o secundaria, indagar otras posibles causas: infección urinaria u otros eventos traumáticos emocionales; por ejemplo, la llegada de un nuevo hermanito(a) a la casa.

¹⁶⁰Tomado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual en el sector salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA. Bogotá, 2008 / Capítulo 5. Autor: Miguel Barrios Acosta.

Encopresis y dolor al defecar. Buscar otras causas como constipación crónica funcional, disfunciones familiares severas, etc. Estos casos deben remitirse al gastroenterólogo pediatra.

Signos o síntomas comportamentales que pueden estar asociados a múltiples causas, además de la violencia sexual

Desórdenes de la alimentación. Hay reportes de una tasa relativamente alta de antecedentes de violencia sexual en aquellas personas con cuadros de bulimia, aunque la asociación a la anorexia nerviosa es baja. Raramente la violencia sexual en niños y niñas pequeños se expresa con alteración del apetito.

Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, etc.) y miedo a dormir solo, en especial cuando esto no se presentaba previamente. Esta situación se debe casi siempre a malos hábitos de sueño.

Regresión del lenguaje. Se deben descartar patologías del Sistema Nervioso Central en primera instancia.

Autoestima disminuida. Siempre buscar otras causas y analizar el caso dentro de su contexto, como elemento aislado es aventurado pensar en violencia sexual.

Preocupación excesiva por temas sexuales en preescolares y escolares. Se recuerda que existen comportamientos sexuales naturales y saludables que pueden incluir

exploración o juegos sexuales entre niños y niñas de la misma edad. Estos encuentros son motivados por la curiosidad habitual o bien por la exposición a los medios masivos de comunicación, que incluyen la televisión, los videojuegos o el Internet, exponen a niños y niñas a imágenes de contenido sexual, especialmente a los bailes eróticos.

Consumo de alcohol y drogas. En estos casos se debe explorar, además, otras situaciones familiares (abandono, desescolarización, dificultades afectivas, etc.).

Trastornos por somatización (dolor abdominal recurrente, cefaleas crónicas no

evolutivas y otros). En la mayoría de los casos de somatización los factores

psico-emocionales desencadenantes son distintos a la violencia sexual.

Depresión con o sin ideación suicida.

Cambios repentinos en el rendimiento escolar y relaciones en la escuela.

Ansiedad e inestabilidad emocional.

Fugas de la realidad.

Pérdida de la memoria.

Neurosis y fobias.

Aislamiento social.

Conductas autoagresivas.

4. 3 Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral¹⁶¹

También la violencia sexual tiene expresiones en la cavidad oral. Aunque es más frecuente que la cavidad bucal sea evaluada en los programas de salud oral, es recomendable que el personal médico la incorpore en sus procesos de detección. En las víctimas de violencia sexual es frecuente encontrar lesiones en los orales y peri-orales, ocasionadas por:

DAgresiones como puños, patadas, o golpes con algún otro elemento usado para someter a la persona a quien se desea acceder.

161 Texto desarrollado por la Dra. Olga Lucía Barragan. Odontóloga Forense INMLCF.

Haber forzado a la víctima a practicar sexo oral, dentro de un acto simbólico de control / sumisión.

Las lesiones en boca asociadas a penetración oral se presentan en un 27% de los casos,¹⁶² así mismo, diferentes investigaciones realizadas en asalto sexual, violencia doméstica y maltrato infantil, coinciden en decir que la cara es la región más comúnmente implicada.¹⁶³ (Ver anexo 2. Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral).

4.4 Consideraciones sobre la detección de casos en adultos¹⁶⁴

A pesar de que en muchos casos las mujeres y los hombres adultos víctimas de violencia sexual buscan ayuda en el sector salud y refieren el evento de violencia, como el motivo de consulta, existen muchos casos en los que la víctima adulta prefiere no revelar inicialmente el hecho de violencia. Muchos factores pueden influir en ello, entre otros el temor por su seguridad, la posibilidad de ser estigmatizada, revictimizada, la dificultad para asumir lo ocurrido, o incluso la falta de reconocimiento del hecho de violencia sexual (especialmente en la violencia sexual que ocurre al interior de la pareja).

4.4.1 Violencia sexual contra la mujer

En este grupo poblacional, dada la prevalencia de las diferentes formas de violencia física, psíquica, económica y sexual y considerando que las secuelas en salud sexual y en salud mental son lo suficientemente prevalentes, se justifica la exploración de rutina sobre esta posibilidad en todos los servicios de atención sanitaria, sin excepción. Un encuentro con el personal de salud puede ser la única oportunidad para detener el ciclo de violencia antes que ocurran lesiones más graves o reincidencia.

En muchos casos de violencia sexual no se encuentran huellas físicas del hecho de violencia, ello no significa que no haya ocurrido.

De otro lado, cuando la violencia sexual se acompaña de maltrato físico aparecen lesiones tanto en los órganos genitales como en otras partes del cuerpo, dentro de las que se encuentran:

- D Lesiones en aparato genitourinario.
 - Hematomas en vulva, vagina, muslos, etc.
- D Enfermedades de transmisión sexual.
 - Desgarres en órganos genitales.
- D Ruptura de vejiga.
- D Cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.
- 3 Embarazo no deseado.

162Wendel, George D, Hemsell D, Satinado A, Stone I, "Sexual Assault in Pregnancy" Journal Obstetrics and Gynecology" 1991. 163 Le Bach T., Dierks E. J., Ueeck, B.A., Homer, L.D., Potter B.F. Maxillofacial injuries associated with

domestic violence. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 59, No. 11, pág. 1277-1283 164Barrios, A. Miguel. Protocolo para el abordaje de la violencia sexual para el sector salud. Capítulo 5.

Con el fin de incrementar la detección y romper los ciclos de violencia sexual se recomiendan de rutina preguntas tales como:

- ¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted?
- ¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha ocasionado daño físico?
- ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales?
- ¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

4.4.2 Violencia sexual al interior de la pareja

Es importante tener en cuenta que muchas mujeres tienen dificultades en reconocer que son víctimas de violencia sexual y manifestaciones de violencia conyugal por parte de su cónyuge, compañero sentimental o familiares. Aunque claramente pueden tener las consecuencias físicas y emocionales de estas formas de violencia, pueden no reconocerlas como tal, y pueden ser invisibles para ellas debido a su socialización.

En otros casos, cuando evidentemente la reconocen, pueden sentir angustia, miedo y vergüenza, algunas se encuentran psicológica y físicamente impedidas para salir de la casa. Otras carecen de dinero y medios de transporte que les dificulta pedir ayuda.

4.4.3 Violencia sexual contra los hombres

Como se planteó en el primer capítulo, la violencia sexual en contra de la mujer es mucho más frecuente que sobre la población adulta masculina. Las cifras que tiene el INML plantean que el 15% del total de los peritajes sexológicos se realizan a niños y hombres. Y de este 15% solo el 6% ha sido peritaje a hombres mayores de 18 años.

Debido a las consecuencias físicas, emocionales y sociales de la violencia sexual los hombres adultos pueden tener mayores barreras de acceso a los servicios de salud y justicia. Pueden llegar a encubrir o minimizar los síntomas de una situación de violencia sexual. A pesar de ello, las cifras de denuncia van en aumento, especialmente los hechos de violencia sexual relacionados con lesiones de causa externa y situaciones de violencia en el marco del conflicto armado. En los servicios de salud, además, se ha visibilizado de manera más frecuente la búsqueda de atención integral de hombres que pertenecen a la población homosexual. Los signos y síntomas sugestivos de haber padecido violencia sexual han sido poco documentados en esta población.

Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral³

Es importante tener en cuenta que los hallazgos de lesiones en los tejidos orales deben ser documentados describiendo forma, tamaño y ubicación exacta. De ser posible deben documentarse fotográficamente. Los siguientes hallazgos están asociados a violencia sexual:

Tejidos blandos: Equimosis, hematomas y edema en vermellón de labios, mucosas labial superior e inferior, equimosis en frenillos labiales superior e inferior, equimosis en encía vestibular; pueden ser producto de un mecanismo contundente propinado por el agresor o por algún elemento que golpea en forma violenta la boca, dentro de las circunstancias que rodean el abuso o el asalto sexual, con el fin de controlar a la víctima.

Tejidos dentarios: Los dientes están conformados por tejidos como el esmalte, el tejido más duro del organismo, sin embargo, también es uno de los tejidos más frágiles. Un golpe, un mecanismo contundente, propinado por un agresor puede fracturar los tejidos dentarios de las estructuras anteriores (incisivos, caninos e inclusive los premolares), por lo tanto, es necesario hacer una correlación entre las lesiones observadas de los tejidos blandos como en el vermellon, la mucosa labial y los frenillos con los tejidos dentarios, con el hallazgo de las fracturas dentarias (se debe tener en cuenta la descripción de los bordes del diente, ya que una fractura dentaria reciente, tiene bordes cortantes y agudos; una fractura antigua tiene bordes que se van tornando romos, sin filos por uso de los mismos por la función masticatoria), esto ayudara con el nexo de causalidad.

Si la fractura está sobre las cúspides de los dientes posteriores y más aun, si se encuentran ubicadas sobre las cúspides palatinas o linguales de los molares se debe sospechar la entrada en forma violenta de algún instrumento rígido, un arma, un palo, etc., debiendo relacionarse con equimosis en la mucosa lingual o palatina. Si la víctima/sobreviviente refiriere golpes de nivel oral o los hallazgos son compatibles con trauma oral, se debe realizar un test de movilidad dental (este se realiza con dos instrumentos rígidos, uno en el lado palatino y el otro en el lado vestibular), se puede encontrar con resultados como movilidad leve, moderada o severa. Si es un menor en edad pre - escolar o escolar es necesario hacer un diagnóstico diferencial de la movilidad con el recambio de dientes o el proceso de exfoliación dental. Si es un adulto mayor el que presenta movilidad se tiene que descartar una enfermedad periodontal.

Paladar duro y paladar blando. Una víctima de asalto o abuso sexual puede ser obligada a realizar sexo oral; cuando hay relaciones oro genitales se realiza una succión del pene por la boca, la presión negativa que se sucede al succionar puede dejar equimosis

^a Texto desarrollado por la Dra. Olga Lucia Barragán. Odontóloga Forense INMLCF.

o petequias en forma de puente entre el paladar duro y el paladar blando, estas lesiones se dan tanto en relaciones consentidas como no consentidas.

Pilares anteriores, úvula y orofaringe: Cuando las relaciones orogenitales son violentas, el pene golpea contra los pilares de las amígdalas, amígdalas, la úvula y parte superior de la orofaringe; estos tejidos se tensionan y actúan como una barrera contra la agresión y la sensación de sofocación, y por el mismo reflejo de náusea. Cuando esto ocurre se pueden identificar lesiones equimosis en estas zonas.^{b,c}

Lesiones orales en asfixias mecánicas: La asfixia mecánica es común dentro de un contexto de violencia de pareja o un contexto de agresión sexual, cuando una persona es víctima de asfixia mecánica se pueden encontrar diferentes lesiones en cavidad oral que deben documentarse, una de ellas responde a las petequias, ubicadas en paladar, fondo de surco vestibular, encía libre y adherida e inclusive en mucosa labial. Otras lesiones observadas son las huellas de mordedura sobre la superficie dorsal de la lengua.

Muestras orales para búsqueda de espermatozoides: Cuando una persona ha sido asaltada, abusada sexualmente, o también forzada a tener una relación orogenital es, por este motivo, que se requiere la toma de muestras intraorales para búsqueda de espermatozoides en forma prioritaria (es de suma importancia tener en cuenta que si se realizan otros procedimientos antes de tomar los frotis y las muestras requeridas se puede perder evidencia).

Para tomar las muestras intraorales en búsqueda de espermatozoides se deben tomar dos escobillones y seda dental. Los escobillones deben pasarse por el piso de la boca, zona retromolar, zona orofaríngea y fondo de surco vestibular, se dejan secar y embalan. Para tomar el frotis interdental con seda, se toma un segmento de aproximadamente 50 centímetros y se pasa entre diente y diente, cortando cada segmento; se debe tener en cuenta de no tocar con los guantes la seda que contiene la evidencia recolectada, se deja secar y se embala por cuadrantes o sextantes.

Huellas de mordedura: Dentro del análisis de las huellas de mordedura se debe tener en cuenta que estas lesiones patrón son ovoides. Pueden observarse como dos arcos semicirculares enfrentados y entre ellos un espacio, en muchas ocasiones se observa sólo un arco (ya que en el momento de realizarse la huella de mordedura se ha interpuesto algún objeto como por ejemplo la ropa). En las líneas semicirculares se pueden encontrar abrasiones o equimosis discontinuas, producto de la impresión de cada diente sobre la piel, la huella de los incisivos se observan como rectángulos, los caninos como puntos o círculos y los premolares (que casi nunca se encuentran presentes en una huella de mordedura) en forma de diamante.

Se pueden hallar huellas de arrastre, son abrasiones lineales dadas por el movimiento del maxilar hacia la mandíbula, “arrastrando” con fuerza los dientes superiores sobre la piel de la sobreviviente para encontrar los dientes inferiores; en esta dinámica los dientes inferiores son los que dan soporte en el momento de realizar la huella de mordedura, es por ello que los dientes inferiores sobre la piel van a ser más evidentes debido a que están ejerciendo más presión. Lo anterior es relevante en la medida en

^b Reichman E., Ruth a Simon Robert, “Emergency Medicine Procedures”. Pag. 1093.

^c Ferris D., American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, “Modern Colposcopy”. Pag 409.

que se puede identificar claramente la posición sobreviviente – “sobrevivienterio”. Adicionalmente, se puede encontrar una solución de continuidad en medio de los dos semicírculos de la huella de mordedura debido a que el perpetrador succiona al momento de hacer la huella, produciendo una pérdida de tejido.

Las huellas de mordedura pueden estar presentes también en el sobreviviente ya que la sobreviviente muerde a su perpetrador para tratar de defenderse del ataque, con la misma intención puede interponer los antebrazos y manos ocasionando que la huellas de mordedura estén ubicadas en estas partes anatómicas de la víctima (generalmente estas huellas de defensa no presentan lesiones de arrastre ni pérdida de tejido). Las huellas de mordedura pueden localizarse en la nariz, las mejillas, las orejas, los labios y la espalda, así mismo, pueden encontrarse en senos, abdomen, región púbica, pene, escroto, clítoris, brazos, hombros, axilas. Es de suma importancia identificar si hay una o varias huellas de mordedura (en caso de estar en presencia de varias huellas de mordedura cada una debe analizarse como una huella de mordedura independiente), individuales o superpuestas, así mismo, se puede encontrar huellas de sugilación (lo que comúnmente se conocen como chupones).

En el momento de identificar una huella de mordedura o de sugilación se debe tomar un frotis para búsqueda de saliva, este se toma con dos escobillones, uno húmedo y otro seco, el primero se humedece con solución salina o agua destilada pasándolo en forma circular (muy suave) sobre la lesión; el escobillón seco se pasa posteriormente de la misma forma, se deja secar y se embala adecuadamente. Hay que tener en cuenta que debe tomarse una muestra control (de la misma forma descrita) en un lugar diferente al lugar donde se encuentra la huella de mordedura.

Cuando se encuentra una lesión de huella de mordedura se debe medir el tamaño de la o las lesiones, describir el color, las características, si la impresión es solamente de una arcada o están ambas arcadas presentes, el tamaño de cada una de las impresiones, las zonas más marcadas o evidentes dentro de la huella, las huellas de arrastre. Es indispensable documentar la lesión fotográficamente, y para ello se debe tener en cuenta que:

La fotografía debe tener mínimo, blanco y negro y color.

Debe realizarse perpendicularmente a la lesión con una escala en forma de L (ABFO Nº 2), si no es posible con esta escala se puede utilizar algún otro referente conocido, por ejemplo una o dos monedas de denominación conocida.

Se puede realizar adicionalmente a la fotografía un calco en transparencias.

Al agresor se le debe realizar:

Toma de sangre para cotejo de DNA.

Fotografías de perfil y del detalle de los dientes

Toma de impresiones dentales, estas deben ser realizadas por un odontólogo.

Realización de modelos en yeso del sospechoso. Debe registrarse en detalle la cadena de custodia, por quien fueron realizados, dónde, cuándo y dónde fueron almacenados.

Posteriormente a la realización de todo lo anteriormente descrito, debe enviarse a un Odontólogo Forense del INMLCF para que esta evidencia sea analizada.

Capítulo 4.

Detección de la violencia sexual en los servicios de salud

MIGUEL BARRIOS ACOSTA

Médico P

**FIDELIGNO PARDO
SIERRA**

Médico Forense. Especialista

ÉRIKA GIOVANNA VELOZA

MARTÍNEZ

Psicóloga. Especialista en Estudios

LGA LUCIA BARRAGÁN

Odontóloga Forense. Instituto Colombiano de Medicina

**ZULMA CONSUELO
URREGO MENDOZA**

Médica Psiquiatra. Epidemiología

de la Ph.D (c)
Salud Pública

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Fondo de Población de
las Naciones Unidas



ISBN - 978-958-99949-8-6